出産手当金請求書

令和　　年　　月　　日　提出

被保険者が記入するところ				
被保険者証 記号・番号	□□—□□□□□	氏名		
自　宅 住所・電話	〒　　－ 日中連絡可能な電話（　　）　　－			
職場	部　　室 課　　係 G　（内線　　）			
請求区分	出産前　・　出産後	出産のため 休んだ期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで	日間
出産した 施設の	名称　　所在地			
振込先	①　トヨタ自動車東日本の従業員とそのご家族・・・・・・・・給与振込第一口座 ②　役員・関連会社従業員・任意継続とそのご家族・・・・健保組合への登録口座			

事業主欄				
労務に服さなかった期間	H・R　　年　　月　　日から H・R　　年　　月　　日まで	日間	左記のとおり相違ないことを証明します　　令和　　年　　月　　日	担当者
上記期間で報酬の全部又は一部を支給した（支給する）額	金　　円		事業主　所在地 名称	

医師又は助産師の証明欄				
出産予定 年月日	令和　　年　　月　　日	出産 年月日	令和　　年　　月　　日	
生産・死産の別	生産　・　死産（妊娠　　ヶ月）	出生児の数	単胎　・　多胎	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　　年　　月　　日 医療施設の　所在地 名称 医師・助産師名　　印 電話番号				

（提出経路）　本人　→　職場　→　事業所担当部署　→　健保組合

健保組合使用欄							
支給日	令和　　年　　月　　日	支給日数	日	資格取得	S・H・R　　年　　月　　日		
		支給日額	円	資格喪失	S・H・R　　年　　月　　日		
支給額	円	支給額	円	108条控除額	円		
				月額	千円	受付	
支給期間	H・R　　年　　月　　日から H・R　　年　　月　　日まで　日間			常務理事	事務長	担当	
前回までの支給期間	H・R　　年　　月　　日から H・R　　年　　月　　日まで　日間						

トヨタ自動車東日本健康保険組合